N° 30

ESSAI

SUR LA

POCHE DES EAUX

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Juin 1884

Par Alfred FLAQUIÈRE

Né a BEAUREGARD (Dordogne)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET CABIROU FRÈRES

RUES DURAND ET LEVAT

1884

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. BENOIT ✻ ✠..... DOYEN
COMBAL ✻ ✪..... } ASSESSEURS
GRASSET..... }

PROFESSEURS

Pathologie externe	BOYER ✻.
Accouchements	DUMAS ✻.
Clinique médicale	DUPRÉ ✻ C. ✠.
Anatomie	BENOIT ✻ ✠.
Clinique médicale	COMBAL ✻ ✠.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	CAVALIER ✻.
Physique médicale	MOITESSIER ✻.
Anatomie pathologique et histologie	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie	JAUMES.
Clinique chirurgicale	DUBRUEIL ✻.
Chimie médicale et Pharmacie	ENGEL.
Hygiène	BERTIN-SANS.
Pathologie interne	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médicale	GRASSET.
Botanique et Histoire naturelle médicale	PLANCHON ✻ ✠.
Physiologie (chargé du cours)	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale	N...
Opérations et appareils	N...

MARTINS (O. ✻), FONSSAGRIVES (O. ✻), COURTY ✻, Professeurs honoraires.

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES

Clinique des maladies des enfants	MM. BATTLE.
Clinique des maladies syphilit. et cutan.	GAYRAUD.
Clinique des maladies des vieillards.	HAMELIN.

AGRÉGÉS

MESSIEURS	MESSIEURS
JACQUEMET.	MOSSÉ.
DE GIRARD.	REGIMBEAU ✻.
SERRE.	TÉDENAT.
ROUSTAN.	DUMAS fils.
CARRIEU.	BLAISE
MAIRET.	BAUMEL.
CHALOT.	VILLE
BIMAR.	GRANEL.
LANNEGRACE.	

M. F.-J. BLAISE, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. DUMAS, *Président;*
ESTOR, *Professeur;*
MOSSÉ
ROUSTAN } *Agrégés.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MON ÉPOUSE

Témoignage d'amour sincère !

A ma Sœur chérie

Que l'amitié qui nous a toujours
unis depuis notre plus tendre enfance
ne s'efface jamais !

A. FLAQUIÈRE.

A MON ONCLE ET PARRAIN FLAQUIÈRE

MAIRE DE SIMEYROLS (Dordogne)

A MON COUSIN ET AMI

Théodore GAGNEBÉ

MAIRE DE SAINTE-NATHALÈNE

Faible témoignage de reconnaissance!

A TOUS MES PARENTS

A MON BEAU-PÈRE, A MA BELLE-MÈRE
A MES BEAUX-FRÈRES ET BELLES-SŒURS

Je n'oublierai jamais les bontés
que, tous, vous avez eues pour moi!

A. FLAQUIÈRE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DUMAS

A M. le professeur DUBRUEIL

A MM. LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

GRYNFELTT ET GAYRAUD

A. FLAQUIÈRE.

A TOUS MES MAITRES

DES FACULTÉS DE MONTPELLIER ET DE BORDEAUX

Meis et Amicis

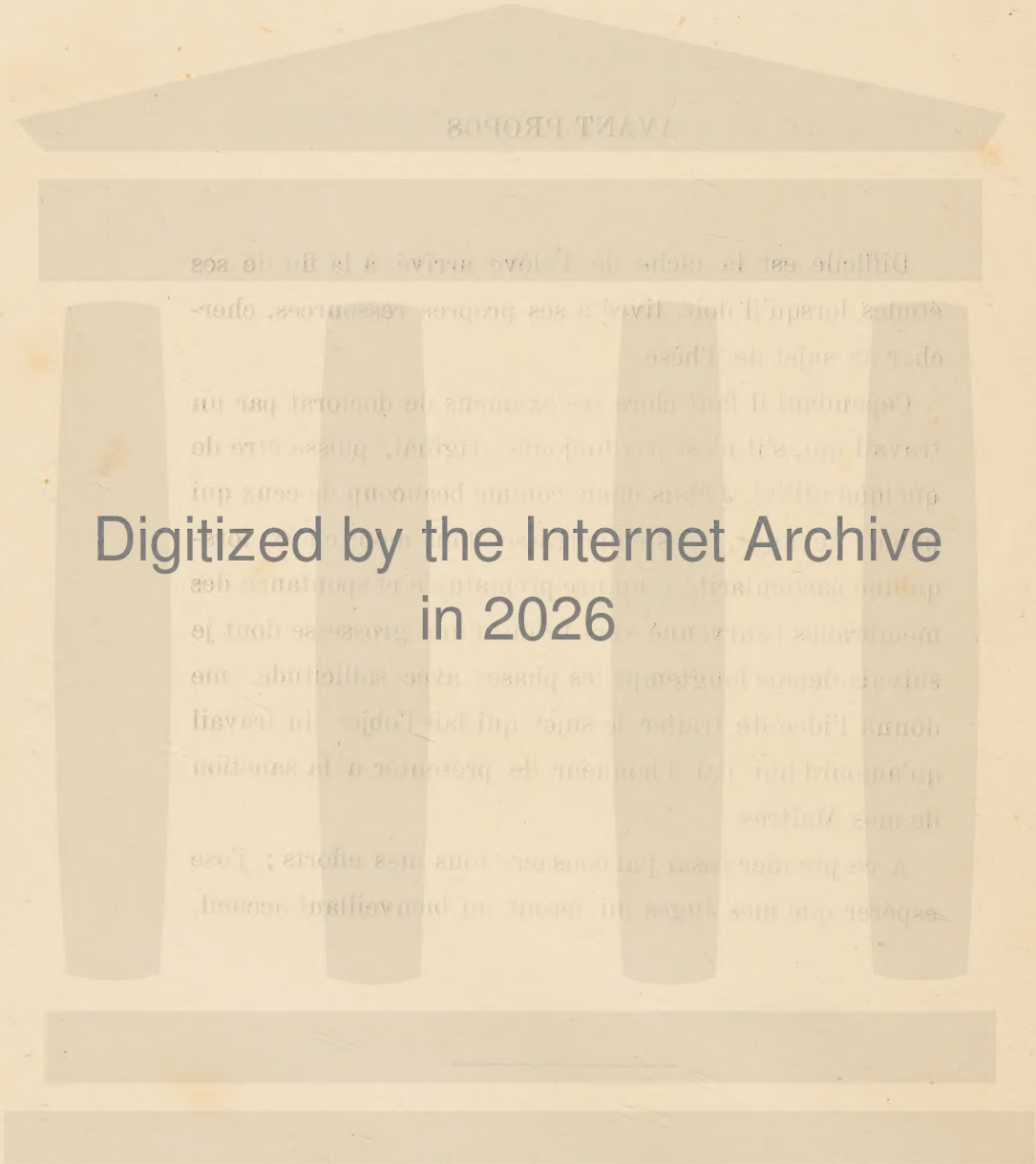
A. FLAQUIÈRE.

AVANT-PROPOS

Difficile est la tâche de l'élève arrivé à la fin de ses études lorsqu'il doit, livré à ses propres ressources, chercher un sujet de Thèse.

Cependant il faut clore ses examens de doctorat par un travail qui, s'il n'est pas toujours original, puisse être de quelque utilité. J'étais donc, comme beaucoup de ceux qui m'ont devancé, très-embarrassé dans mon choix, lorsqu'une particularité (rupture prématurée et spontanée des membranes) survenue vers la fin d'une grossesse dont je suivais depuis longtemps les phases avec sollicitude, me donna l'idée de traiter le sujet qui fait l'objet du travail qu'aujourd'hui j'ai l'honneur de présenter à la sanction de mes Maîtres

A ce premier essai j'ai consacré tous mes efforts ; j'ose espérer que mes Juges lui feront un bienveillant accueil.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534908_0098

ESSAI

SUR

LA POCHE DES EAUX

Au début de ce travail je crois indispensable de donner un aperçu des membranes de l'œuf et du liquide amniotique, parties constituantes de la poche des eaux.

Je décrirai donc successivement la caduque, le chorion, l'amnios et les eaux qu'il contient.

Ceci fait, j'aborderai l'étude de la poche des eaux au point de vue de son origine, de ses différentes formes, etc., et enfin deux chapitres seront consacrés : l'un, à sa rupture spontanée et prématurée, l'autre à sa rupture prématurée artificielle.

MEMBRANE CADUQUE

Avant les travaux remarquables de Coste, l'origine de la caduque avait été complétement méconnue. Les anciens physiologistes la considéraient comme constituée par une fausse membrane qui prenait naissance par suite de l'in-

fluence excitante de la fécondation. A sa sortie de la trompe de Fallope, l'ovule repoussait cette membrane en avant et s'en formait un capuchon. Il y avait alors deux parties distinctes : l'une décollée et refoulée vers le centre de l'utérus (caduque réfléchie), l'autre adhérente encore (caduque directe). Bientôt la partie dénudée par le décollement se recouvrait d'une nouvelle couche membraneuse : c'était la caduque sérotine.

Pendant longtemps, cette opinion fut admise par de savants maîtres, tels que : Moreau, Velpeau, etc., jusqu'au jour où Coste démontra d'une façon péremptoire que cette fausse membrane que l'on décrivait comme point de départ n'existait pas le moins du monde, la caduque n'étant autre chose que la muqueuse utérine elle-même hypertrophiée par suite du travail ovulaire.

L'œuf arrive libre à sa sortie de la trompe pour venir se loger dans un des plis formés par la muqueuse, et cela à la façon d'un pois dans un cautère bourgeonnant ; l'hypertrophie continuant, il ne tarde pas à être entièrement recouvert dans la petite loge qu'il s'est creusée.

Alors, si l'on considère la paroi utérine on se trouve en présence : 1° d'une partie qui, ayant bourgeonné, enveloppe l'œuf entièrement (caduque ovulaire) ;

2° D'une surface sur laquelle est implanté l'œuf et qui ultérieurement sera le placenta (caduque placentaire) ;

3° Enfin, de cette portion de muqueuse qui n'est pas en rapport direct avec l'œuf (caduque utérine).

Voyons maintenant ce que deviennent ces trois portions de muqueuse utérine au fur et à mesure que l'œuf se développe.

La caduque ovulaire et la caduque utérine ont une évolution à peu près analogue. En effet, toutes deux, au début, voient les éléments anatomiques qui les composent

s'hypertrophier; mais plus tard un travail atrophique s'effectue petit à petit, et vers la fin de la grossesse la *caduque utérine* n'est plus représentée que par deux minces couches formées : l'une, de culs-de-sac glandulaires en rapport avec la tunique musculaire de l'utérus; l'autre, par des cellules spéciales rondes ou pointues. Quant à la caduque ovulaire, elle ne consiste plus, au neuvième mois, qu'en une couche d'apparence anhyste, sur laquelle Robin a signalé quelques cellules épithéliales.

Le développement de la *caduque placentaire* a une marche continue jusqu'au terme de la grossesse ; c'est elle qui forme le placenta maternel, le placenta fœtal reconnaissant pour origine les villosités choriales qui subissent simultanément le même travail hypertrophique que les éléments de la caduque placentaire avec lesquels elles se trouvent en rapport.

L'œuf étant expulsé, il ne faudrait pas croire que la chute de la caduque laisse la paroi utérine sans muqueuse : il n'en est rien. En effet, la caduque tout entière n'est pas rejetée au dehors ; quelques cellules et la couche formée par ces culs-de-sac glandulaires, dont il a été question plus haut, tapissent encore l'utérus, et ce sont ces éléments qui seront ultérieurement le point de départ de la nouvelle muqueuse dont la matrice sera recouverte.

CHORION

Le chorion est cette membrane de l'œuf qui se trouve située entre la caduque et l'amnios. Par son développement excessif sur un point de sa surface, il arrive à constituer le placenta.

Coste, dans ses remarquables travaux déjà cités, décrivait trois chorions et leur assignait une origine multiple.

Les travaux plus récents de Dastre et M. Edwards sont venus modifier cette théorie, et ces auteurs n'admettent pas le troisième chorion décrit par Coste.

Pour eux, le premier chorion ou chorion primitif serait le produit des cellules épithéliales de l'ovaire et de l'oviducte déposées autour de l'œuf mûr et fécondé.

Quant au second, il serait formé par la portion du feuillet externe du blastoderme qui ne concourt pas à la formation de l'amnios, et ce serait ce chorion qui serait, d'après leurs recherches, le seul persistant définitivement.

On peut décrire au chorion deux surfaces : la première, *externe*, composée de cellules polyédriques à un ou deux noyaux, et de cellules ovoïdes à noyaux multiples ; ces dernières, plus volumineuses mais moins nombreuses, renferment des granulations graisseuses et ont été comparées à celles que l'on trouve dans le revêtement de l'intestin pendant la digestion.

La surface *interne* est constituée par des fibres déliées réunies en faisceaux, par des éléments cellulaires du tissu conjonctif muqueux et des cellules arrondies présentant un ou plusieurs noyaux. Ces éléments sont plongés dans un liquide de constitution muqueuse coagulable par les sels minéraux et l'alcool absolu.

Les vaisseaux du chorion reconnaissent pour origine les vaisseaux ombilicaux et allantoïdiens et forment un réseau vasculaire très-riche.

A son origine, le chorion est transparent et lisse ; mais il ne tarde pas à présenter des saillies granuleuses dites villosités choriales. Bientôt un certain nombre de ces villosités s'atrophie et disparaît sur la plus grande partie de sa surface, tandis qu'en un point, au contraire, elles s'hypertrophient et acquièrent un développement considérable. Or, ce point est précisément celui qui correspond à

la partie de la muqueuse utérine dite *inter-utéro-placentaire*, où ces villosités s'implantent pour former le placenta.

Comme on le voit, le chorion aurait pour usage la formation du placenta ; mais Dastre lui assigne en même temps un autre rôle qui aurait aussi son importance. Cet auteur ayant remarqué chez certains mammifères (mouton) que leur chorion contenait dans son tissu certaines plaques (plaques choriales) dans la constitution desquelles rentrerait une certaine quantité de matières phosphatées, cet auteur, dis-je, a vu là — et la chose paraît assez rationnelle — une espèce de réserve où l'embryon puiserait les sels calcaires nécessaires à son développement.

AMNIOS

L'amnios est, des membranes de l'œuf, la plus interne et a la plus grande analogie avec les séreuses. Par sa face externe il adhère au chorion, et Velpeau a donné à la matière albumineuse qui servait de trait d'union le nom de *magma réticulé*. La face interne est libre et se trouve en contact immédiat avec le liquide amniotique dans lequel nage le fœtus.

Étudié au point de vue anatomique, on trouve qu'il est composé de deux couches : l'une externe, *fibreuse ;* l'autre interne, *épithéliale*. C'est ce que Kolliker a constaté sur un embryon de quatre semaines ; avant lui, quelques auteurs ne lui reconnaissaient qu'une formation purement épithéliale. Remak, en étudiant la couche externe, a trouvé des fibres musculaires lisses. Des expériences faites par cet auteur et par Baer il résulte que, sous l'influence d'un excitant physique, chimique ou mécanique, appliqué sur la surface de l'amnios, on voit naître des contractions

assez énergiques présentant une grande analogie avec celles de l'intestin.

Cette contraction vermiculaire ne se produit que quelques instants après l'action de l'excitant, et le mouvement qui prend naissance au point excité se propage dans les parties environnantes, amenant ainsi une déformation plus ou moins grande de l'amnios. Le fœtus, sous l'influence de cette contraction dont il subit le contre-coup, éprouve un mouvement incomplet de révolution dont la direction est difficile à saisir ; car il peut être soulevé, abaissé ou porté latéralement à droite ou à gauche.

Normalement, les contractions de l'amnios communiquent à l'embryon une espèce de balancement rhythmique se reproduisant dix à vingt fois par minute.

L'amnios ne posséderait ni vaisseaux ni nerfs qui lui soient propres : telle est l'opinion de la plupart des anatomistes. Virchow, toutefois, a apercu quelques capillaires situés sur l'extrémité ombilicale du cordon et paraissant appartenir à la gaîne. Quant à l'innervation, je dirai comme Campana (1) : *On croit* (?) que l'amnios est dépourvu de nerfs; mais comment alors expliquer des mouvements, bien constatés cependant, qui échapperaient exceptionnellement à la loi physiologique qui met sous la dépendance du système nerveux tout exercice de l'action musculaire ?

LIQUIDE AMNIOTIQUE

Ce liquide, auquel on a donné également le nom d'*eaux de l'amnios*, est transparent au début de la grossesse; mais, au fur et à mesure que l'embryon se développe, il se trouble de plus en plus pour devenir presque lactescent. L'expli-

(1) Dictionnaire encycl. des sc. méd. Art : *Amnios*.

cation de ces différents changements est facile : on trouve, en effet, si on l'examine alors, qu'il tient en suspens des débris de matières sébacées provenant des téguments du fœtus.

Si parfois on a observé une coloration verdâtre, elle est due à la présence d'une quantité plus ou moins grande de méconium, signe à peu près certain que le produit de la conception est sous l'influence d'un état pathologique, état qui, dans la majeure partie des cas, suffit pour motiver l'intervention du chirurgien, surtout si la présence de ce méconium coïncide avec un affaiblissement notable des bruits du cœur fœtal.

Bailly (1) a très-bien décrit les caractères du liquide amniotique dans les cas de mort du fœtus. On le trouve alors moins abondant, plus visqueux et généralement d'une couleur rougeâtre plus ou moins foncée, d'autant plus foncée que le séjour de l'enfant mort a été plus long. Cette coloration est due alors à la présence de globules sanguins détériorés passés par imbibition des canaux vasculaires dans la cavité amniotique.

Le liquide ovulaire serait encore plus foncé et comme brunâtre, si aux globules est venue se joindre une certaine quantité de méconium. Un séjour très-prolongé du produit dans la matrice a pu changer encore les caractères que je viens d'énumérer : le liquide alors est épais, grisâtre et comme terreux, tenant en suspension des parcelles dures et crétacées telles qu'on en trouve en même temps à la surface du fœtus et des membranes.

La quantité du liquide amniotique varie énormément : depuis plusieurs kilos jusqu'à quelques grammes. Dans le premier cas on est en présence d'un état pathologique (hy-

(1) Dict. de Méd. et Chir. pratiques. Art. *Liq. amniotique.*

dramnios). Le second constitue de très-rares exceptions (accouch. à sec). Sur trente-quatre pesées, Fedling (1) a trouvé que la plus petite quantité de liquide observée était 265 gr. et la plus grande 2 kil. 300. La moyenne serait de 680 gr., s'accordant assez avec celle donnée par la plupart des auteurs, qui est de 6 à 800 gr.

L'odeur des eaux de l'amnios est particulière, rappelant un peu celle du sperme, leur réaction alcaline et leur saveur légèrement salée.

L'examen microscopique a permis d'y observer des débris épidermiques et de matières sébacées, ainsi que des poils follets détachés du fœtus. Ch. Robin y a découvert des cellules épithéliales provenant du rein et de la vessie.

Au point de vue chimique je me bornerai à donner ici les résultats de l'analyse qu'en a faite Vauquelin :

Eau	983,4
Albumine, traces de matières grasses.	5,9
Albuminate de soude, chl. de sodium.	6,1
Matières animales extractives, solubles dans l'eau et l'alcool	4,0
Urée, chlorure de soude	0,6
	1000,0

L'origine du liquide amniotique a été longtemps le sujet de controverses. Pour les uns, il provenait uniquement de la mère, tandis que pour les autres le fœtus en faisait tous les frais. Si, d'une part, on a trouvé dans les eaux de l'amnios tous les éléments de l'urine, comment, d'autre part, expliquer leur présence avant le développement du rein fœtal, ou l'augmentation qu'ils subissent parfois, le

(1) Revue des sc. méd., 1880, page 567.

fœtus ayant cessé de vivre. Aussi se range-t-on généralement aujourd'hui à l'opinion de Béclard, qui lui reconnaît une origine mixte ; cette opinion était du reste celle de Longet (1). « On doit admettre, dit cet auteur, que les eaux sont exhalées par toute la surface de l'amnios aussi bien que par la peau du fœtus. »

Il est incontestable que le liquide amniotique contient les éléments de l'urine. Des expériences faites par Fedling (2) l'ont amené à conclure que la matière urinaire dans le liquide amniotique doit avoir une double origine et qu'une partie seulement provient de la sécrétion rénale du fœtus.

D'après Martin et Ruge, le rein fœtal fonctionnerait, mais ne fonctionnerait régulièrement qu'après la naissance.

Quoi qu'il en soit, si d'une part : la présence de cellules épithéliales du rein constatée par Robin et les observations de Paul Dubois, de Depaul, etc., qui ont vu des distensions énormes de la vessie, des uretères et des reins chez des fœtus par suite de l'oblitération de l'urètre, si tout cela, dis-je, démontre d'une façon péremptoire que le rein fœtal apporte son contingent à la masse liquide qui constitue les eaux de l'amnios, d'autre part : la coïncidence de l'hydramnios avec les hydropisies maternelles, observée si souvent, ne laisse aucun doute sur la part que peuvent prendre les vaisseaux utérins à la formation de ces mêmes eaux, en laissant transsuder à travers l'amnios une partie du sérum qu'ils contiennent.

USAGES DU LIQUIDE AMNIOTIQUE

On a voulu faire jouer un rôle prépondérant au liquide amniotique dans la nutrition du fœtus.

(1) Longet, Physiologie, tom. III, p. 152.
(2) Fedling, loc. cit.

Harvey, Haller, Levret, Vieussens, ont soutenu cette opinion ; les uns disant que le liquide était dégluti, les autres soutenant qu'il était absorbé par la peau.

Velpeau, Dubois et la plupart des accoucheurs modernes se sont élevés contre cette manière de voir. Si l'on a observé quelquefois du liquide amniotique dans le tube digestif, peut-on conclure que sa présence soit le résultat d'un phénomène physiologique ? N'est-il pas plus probable qu'elle est due aux mouvements de déglutition que le fœtus menacé d'asphyxie exécute à la façon d'un noyé, c'est-à-dire instinctivement ?

D'ailleurs, comment admettre qu'un liquide qui contient les éléments d'un produit excrémentiel, tel que l'urine, puisse servir à entretenir l'existence ? Cette seule considération suffirait pour refuser de lui reconnaître toute espèce de participation à la nutrition du fœtus.

Une observation très-curieuse recueillie par Morlanne lui fit émettre l'opinion que les eaux de l'amnios avaient pour effet, non-seulement d'empêcher des adhérences de se produire entre le fœtus et les parois de l'œuf, mais encore d'empêcher l'agglutination des petites parties fœtales entre elles, comme cela arriva chez une femme qui n'accoucha que six semaines après la rupture de la poche des eaux.

Les observations de ruptures prématurées des membranes sans qu'il y ait eu d'accident pareil sont si nombreuses que le seul fait signalé par cet accoucheur ne paraît pas suffisant pour poser son opinion en règle générale. Il est difficile, du reste, d'admettre qu'une agglutination pareille puisse se produire lorsque les téguments du fœtus ont acquis un certain développement.

Le rôle principal des eaux de l'amnios est sans contredit un rôle de *protection*. En effet, grâce à leur présence,

l'embryon peut se développer sans avoir à redouter ni la pression des parois utérines, ni les violences extérieures. Elles lui permettent de se mouvoir. De leur côté, le cordon et le placenta se trouvent à l'abri de compressions pouvant amener la mort du fœtus par obstacle à sa circulation.

Au moment du travail leurs services sont de même nature. Ne lubréfient-elles pas les parties que doit traverser l'enfant, et cela après avoir donné naissance à la poche des eaux qui a favorisé la dilatation du col? Enfin, combien précieux est leur concours toutes les fois que le praticien a besoin d'introduire sa main dans la cavité utérine, et la version ne serait-elle pas une opération plus douloureuse, serait-elle même pratiquable sans les plus grands dangers si le liquide amniotique venait à faire complétement défaut?

DE LA POCHE DES EAUX

L'utérus, qui s'est distendu progressivement pendant le cours d'une grossesse, au fur et à mesure que l'œuf prenait des proportions de plus en plus grandes, finit par être forcé de refuser au produit de la conception un plus long séjour dans sa cavité. En effet, le ballottement du fœtus, qui d'une part excite sa surface, et d'autre part la distension maxima qu'ont atteint ses fibres, font qu'il réagit, à un moment donné, qu'il se contracte et tâche d'expulser ce corps étranger qui, par son volume et ses mouvements, l'agace et le fatigue.

Que se passe-t-il alors ? Si nous examinons la disposition des fibres du corps de l'utérus qu'Hubert a comparées ingénieusement à des arcs de cercle venant se continuer avec les fibres circulaires du col, il ne sera pas difficile de se rendre compte de l'effet produit par les contractions de l'organe de la gestation. Les fibres en arcs de cercle, en se contractant, exercent un tiraillement sur les fibres circulaires du col, et, ce tiraillement s'exerçant en haut et en dehors, il s'ensuit naturellement une dilatation plus ou moins grande du col, dilatation qui, comme on va le voir, permettra à l'utérus d'utiliser toutes ses forces.

Sachant que les liquides sont incompressibles, si l'utérus exerçait ses contractions sur des parois rigides au lieu de les exercer sur les parois élastiques de l'œuf, tous les efforts de cet organe pourraient être inutiles, le contenu

des membranes étant liquides; mais celles-ci sont faciles à distendre. Or, l'œuf étant comprimé de toute part, s'il existe sur les parois de la cavité utérine une ouverture quelconque — et nous savons qu'elle existe par le fait de la dilatation du col que nous avons signalée plus haut — le liquide amniotique poussera devant lui les membranes qui le contiennent et qui, grâce à leur élasticité, formeront une hernie. Cette hernie, que je qualifierai de hernie physiologique, nécessaire, n'est autre chose que la *poche des eaux*.

Le plus souvent, il est facile de constater son existence. Si l'utérus est en repos, elle se présente au toucher sous la forme d'une tumeur molle et fluctuante de volume variable. Lorsque, au contraire, cet organe se contracte, le doigt perçoit une tumeur lisse, rénittente, plus ou moins prononcée. Je dis plus ou moins, car dans certains cas où il n'y a qu'une petite quantité de liquide interposée entre la partie fœtale qui se présente et les membranes, elle est si peu prononcée que pour être complétement dans le vrai il vaudrait mieux dire qu'il n'y a pas de poche des eaux.

Avec quoi pourrait-on la confondre?

On a pu croire à sa présence dans certains cas d'hydrocéphalie. Témoin cette sage-femme qui plongea ses ciseaux dans le crâne d'un enfant atteint de cette affection, en croyant percer les membranes. La présence de larges fontanelles et les sillons interosseux considérablement agrandis permettront d'éviter une pareille erreur.

Une bosse sanguine produite par un travail long et pénible pourrait simuler la poche des eaux. Si cette dernière est rompue, on arrivera à diagnostiquer cette variété de tumeur, le doigt pouvant reconnaître la présence des cheveux, qu'il sera alors possible de soulever en grattant légèrement avec l'ongle la surface qui se présente.

Dans certains cas, l'utérus distendu et aminci outre mesure dans son segment inférieur par la tête du fœtus qui le comprime, se présente sous la forme d'une tumeur lisse et tendue dont les parois permettent l'exploration de la partie fœtale engagée. Il est certain que dans ce cas, surtout si l'examen était pratiqué un peu trop superficiellement, on pourrait être induit en erreur et croire avoir affaire à la poche des eaux. Mais avec un peu d'attention on retrouvera le col fortement repoussé en arrière, et l'erreur ne sera plus possible.

Je citerai encore comme pouvant simuler la poche des eaux la présence d'une ascite, le ventre du fœtus se présentant à l'orifice, ou bien une hydrocèle dans le cas de présentation du siége. Mais ces faits sont excessivement rares. Quoi qu'il en soit, la présence du cordon ombilical dans le premier cas, et la tension pendant et après les contractions utérines dans le second, permettront, à la rigueur, d'établir le diagnostic.

FORMES DE LA POCHE DES EAUX

Suivant qu'elle renferme une quantité plus ou moins grande de liquide, la poche des eaux est plate ou saillante, affectant, dans ce dernier cas, des formes variées. Je dirai quelques mots des plus connues.

M^me^ Lachapelle a dit quelque part : « Je ne crains pas les eaux plates. » C'est qu'en effet elles sont le plus souvent l'indice d'une présentation du sommet ; de plus, pour que cette variété de poche puisse se réaliser, il faut que la tête soit profondément engagée dans l'excavation. Or, dans ce cas, on est autorisé à se croire en présence d'une présentation normale et d'un bassin régulier.

Dans les présentations du siége, on peut observer quelquefois la poche plate ; mais le plus souvent le liquide amniotique, trouvant un passage dans le sillon interfessier, viendra former une tumeur plus volumineuse et plus saillante.

Les présentations du sommet donnent lieu le plus souvent à la formation de poches *hémisphériques*.

Il n'est pas inutile de faire remarquer ici que l'accoucheur, en présence de membranes à peu près en contact direct avec le fœtus, pourrait croire que la poche est rompue. Si pendant une contraction il touche les membranes, la mince couche de liquide qui viendra s'interposer à ce moment, entre elles et la partie fœtale qui se présente, ne lui laissera aucun doute sur leur intégrité.

Il est des cas où la saillie très-prononcée, coïncidant souvent, mais pas toujours comme l'ont écrit certains auteurs, avec des présentations du siége ou la procidence des membres fœtaux, où la saillie, dis-je, affecte des formes que l'on a qualifiées d'*ovalaire*, de *pyriforme*, de *poche en boudin*. Ces deux dernières se montrent souvent dans le cas où le fœtus, mort depuis un temps plus ou moins long, séjourne dans l'œuf, dont les membranes acquièrent alors un degré d'extensibilité plus grand qu'à l'état normal.

Les trois dernières formes de poches saillantes, quoique ne coïncidant pas toujours fatalement avec des positions vicieuses du fœtus, doivent cependant rendre l'accoucheur très-circonspect.

Il doit procéder avec la plus grande réserve dans ses explorations jusqu'à ce qu'il soit parfaitement fixé sur le mode de présentation, sur la conformation de la tête fœtale et celle du bassin maternel. Qui pourrait nier l'importance d'un tel diagnostic si l'on considère les dangers que la mère et l'enfant peuvent courir, dans le cas où une présen-

tation, celle du tronc par exemple, nécessiterait l'intervention du chirurgien ? Comment alors pourra-t-il pratiquer la version si le liquide amniotique fait défaut par suite d'une rupture prématurée, et quels reproches n'aurait-il pas à s'adresser si cette rupture était le fruit de manœuvres aussi intempestives qu'imprudentes ?

Je ne dirai qu'un mot d'une variété de poche signalée par les accoucheurs modernes : je veux parler de la poche *double*. Depaul, le premier en 1839, eut occasion de constater une poche de ce genre, et sa rupture fut suivie de l'expulsion de deux fœtus. Après lui, M^me^ Lachapelle, Dugès, observèrent des cas identiques. Cette forme est rare ; mais lorsqu'elle se présente, elle peut autoriser le chirurgien à diagnostiquer une grossesse gémellaire.

Enfin j'ajouterai, pour terminer ce que j'ai à dire sur les différentes formes de la poche des eaux, que ces formes ne doivent pas être négligées comme élements de diagnostic. Si certains maîtres (1) du commencement du siècle leur donnaient une trop grande valeur séméiotique, M^me^ Lachapelle, en traitant leur opinion « *d'opinion tombée aujourd'hui dans le mépris qu'elle mérite* », leur refuse celle à laquelle elles ont certainement droit.

Si le volume et la forme de la poche des eaux peuvent dans certains cas éclairer le diagnostic, il est un autre usage qui lui appartient plus exclusivement, je veux parler de la dilatation du col.

M. le professeur Depaul, dans son art. *Accouchement* du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, dit qu'il ne faut pas donner une trop grande importance à cet engagement d'une portion de l'œuf dans le mécanisme de la dilatation. Je ne sais pas ce que le savant professeur

(1) Dionis, Traité génér. des accouch., liv. III, ch. 2.

entend par ces mots : « trop grande » ; mais ce qu'il y a de sûr c'est que cette importance nous paraît considérable.

Nous avons expliqué plus haut comment débutait la dilatation du col, et de ce que nous avons dit on peut conclure que l'utérus lui-même, par sa propre contraction, vu la disposition de ses fibres, joue le rôle prépondérant que Puzos accordait à la poche des eaux. Mais lorsque cette dilatation a commencé, on conçoit aisément que la poche des eaux qui s'est alors formée, et qui, comme un coin, s'enfonce de plus en plus à chaque contraction utérine, aide puissamment à l'augmenter. Il est du reste facile de se rendre compte de ce qui se passe alors. Pendant les contractions, la poche contient du liquide amniotique plus ou moins comprimé et écarte ainsi les bords de l'orifice. Ces contractions ayant cessé, elle reste engagée, et, quoique molle et détendue, elle irrite doucement le col; cette excitation amène par action réflexe de nouvelles contractions du corps et ainsi de suite.

Comme on le voit, si le principal rôle dans le mécanisme de la dilatation du col est joué par l'utérus lui-même, celui-ci trouve un puissant auxiliaire dans la poche des eaux qui agit à la fois et d'une façon dynamique et d'une façon mécanique.

RUPTURE DES MEMBRANES

Dans la majorité des cas, la rupture des membranes n'a lieu que lorsque la dilatation est complète. On comprend qu'à ce moment la pression exercée par l'utérus agissant sur une surface plus grande et plus amincie des parois de l'œuf qui se trouvent non soutenues et qui constituent la poche, cette pression arrive alors à vaincre leur résistance,

et que le point qui cédera le premier soit ordinairement situé au niveau de la partie la plus saillante.

La rupture, dans ces conditions, est la rupture que l'on peut qualifier de physiologique ou *naturelle*.

Pour qu'elle ait lieu à ce moment, il faut que l'utérus agisse avec une force que l'on connaît approximativement. Poppel le premier en 1863, Mathias Duncan en 1876 (1), et Ribemont en 1879 (2), ont fait des expériences très-intéressantes pour connaître, et la force de résistance des membranes et leur mode de déchirure.

Je ne crois pouvoir faire mieux que de donner ici les conclusions du mémoire de l'auteur français publié à la suite de ses expériences personnelles et de celles de Duncan.

« 1° La rupture des membranes se fait de deux façons distinctes :

» Elles se rompent simultanément (62/130) ou se déchirent successivement (68/130) ;

» 2° Le plus souvent elle se fait en deux temps, l'amnios cède le premier ;

» 3° Le siège est variable et la déchirure peut être centrale ou périphérique ;

» 4° La forme varie également ;

» 5° La déchirure peut occuper le même siège et présenter la même disposition pour chacune des trois membranes de l'œuf. Cela se rencontre 2 fois sur 3 environ lorsque la déchirure se fait en un seul temps.

» Le siège et la forme de la déchirure de chacune des

(1) Sur le mécanisme de l'accouchement norm. et path. Traduit par Budin.

(2) Arch. de Tocologie, 1879.

membranes sont dans la même proportion, différents lorsque la rupture se fait en deux temps ;

» 6° Les enveloppes possèdent une extensibilité qui varie non-seulement d'un œuf à un autre, mais qui diffère souvent pour chacune des membranes. Le degré d'extensibilité est très-peu différent pour les trois membranes, lorsque la déchirure se fait en un seul temps. L'extensibilité du chorion et de la caduque est notablement plus grande que celle de l'amnios lorsque celui-ci se rompt le premier. Elle est moindre lorsque le chorion et la caduque cèdent tout d'abord ;

» 7° Les trois enveloppes qui constituent les parois de l'œuf humain possèdent une résistance très-variable d'un œuf à un autre et d'un point à un autre du même œuf ;

» 8° Les trois membranes réunies ont une force de résistance supérieure à celle de l'une d'entre elles prise séparément. Cette résistance peut être évaluée, dans le cas de rupture simultanée, à 10 k. 300 gr. ;

» 9° Chaque membrane a une résistance particulière, la plus solide est l'amnios. Au niveau de la face fœtale du placenta la résistance de l'amnios exige une force de 10 k. 054 pour être vaincue, lorsqu'une force de 7 k. suffit dans les autres parties de cette membrane ;

» 10° Les enveloppes les plus faibles sont le chorion et la caduque qui, réunis, ne possèdent qu'une force de résistance égale à 5 k. ;

» 11° L'accouchement se faisant de 5 à 15' après la rupture des membranes, la force que déploie l'utérus pour l'expulsion du fœtus peut être évaluée approximativement à 11 k. 178. »

Ces conclusions, qui, si elles ne sont pas d'une rigueur

à exclure toute critique, car il faut bien se rappeler qu'elles sont le fruit d'expériences faites avec des membranes naturelles, il est vrai, mais adaptées à un orifice artificiel, n'ayant de commun avec l'orifice du col dilaté que les mêmes diamètres, ces conclusions, dis-je, peuvent, malgré tout, être parfaitement acceptées comme se rapprochant beaucoup de la vérité. En effet, les différentes formes de déchirures, telles que : rectiligne, étoilée, en croissant ou circulaire, signalées dans les expériences, sont observées dans la rupture naturelle, la dernière notamment qui permet à l'enfant de naître *coiffé*. Or, ce qui est vrai pour les différentes sortes de déchirures, doit l'être, à bien peu de chose près, pour les forces qui les produisent.

Si la rupture des membranes se fait ordinairement sur la portion de l'œuf constituant la poche des eaux, il faut savoir qu'il n'en est pas toujours ainsi. Dans des cas qui ne sont pas excessivement rares, cette rupture peut se faire au-dessus du niveau du col ; l'écoulement des eaux se fera alors lentement, et la poche pourra persister si elle est déjà formée ou prendre naissance dès que la dilatation sera suffisante.

Quelle que soit la façon dont se fasse la rupture des membranes, et quel qu'en soit le siège, cette rupture amène toujours l'écoulement d'une quantité plus ou moins considérable de liquide amniotique.

Quels sont les cas dans lesquels cet écoulement est rapide et abondant, et quels sont ceux dans lesquels il est faible et lent ?

Si la poche est volumineuse et bien distendue, et que la rupture se fasse dans sa partie centrale, on conçoit que les eaux s'échapperont violemment et en abondance ; quelquefois même, sous l'effort de contractions utérines très-énergiques, la rupture se produira avec bruit, au point

d'effrayer la femme, surtout si elle est primipare. Il sera du devoir de l'accoucheur de la rassurer et, pour cela faire, il peut donner cette espèce de détonation comme l'avant-coureur d'une prochaine délivrance, ce qui du reste est vrai dans la majorité des cas.

Voici l'observation d'une rupture de ce genre. Cette observation, comme toutes celles rapportées dans le cours de ce travail, est inédite ; elles ont été prises à la clinique d'accouchements de l'hôpital St-Eloi.

Observation I

Rupture spontanée des membranes avec bruit.

Louise R., 28 ans, veuve, domestique, entre à la salle de clinique le 4 mai 1882. Bonne constitution. Secondipare ; le premier accouchement remonte à 8 ans. Cette femme a vu apparaître ses règles pour la première fois à 14 ans, et depuis, la menstruation a toujours été régulière, facile, abondante, et sa durée ordinaire de 7 à 8 jours. Pas de complications de grossesse. La paroi abdominale paraît assez épaisse, la ligne brune est bien dessinée et les vergetures anciennes sont nombreuses. La palpation permet de constater que l'utérus remonte à un travers de main au-dessus de l'ombilic et que la tête est au détroit supérieur. En auscultant, on perçoit le maximum des bruits du cœur fœtal au-dessous de l'ombilic à gauche, et très-près de la ligne blanche. Au toucher, on trouve le col ramolli, très-effacé et permettant l'introduction du doigt.

Rien de remarquable pendant son séjour à la Maternité jusqu'à l'apparition des premières douleurs, qui a lieu le 11 juin, vers 9 heures du soir. Elles sont fréquentes et très-intenses. Le 12, à 1 heure du matin, la dilatation du col affecte les dimensions d'une pièce de 5 fr. ; la poche est peu volumineuse, et présente la forme dite *en boudin*. La tête est au détroit, mobile, non engagée. A 6 heures, la dilatation est à peu près complète, mais la tête est dans la même situation ; enfin, à 11 heures, la rupture des membranes a lieu avec bruit, et il s'écoule une quantité de liquide très-considérable. L'accouchement se termine à midi. La durée totale du travail a été de 15 heures environ.

Dans l'hydramnios surtout, si la rupture se produit à la partie saillante de la poche, l'écoulement est toujours très-abondant, et cela pour deux raisons. D'abord la quantité des eaux est plus considérable qu'à l'état normal et, de plus, le volume de l'enfant étant généralement plus petit, la partie qui se présentera ne parviendra que difficilement à mettre obstacle à l'écoulement rapide du liquide amniotique.

Dans les cas de poches dites *plates,* dans ceux où l'œuf contient peu de liquide, dans ceux où la rupture s'est faite plus ou moins loin de l'orifice, et que j'ai signalés plus haut, enfin lorsque la poche est peu saillante sans être plate, dans tous ces cas, dis-je, l'écoulement se fait lentement. Si cette lenteur reconnaît pour cause l'obstruction de l'orifice du col utérin par la partie fœtale qui se présente, et que par ce seul fait l'accouchement traîne en longueur, alors il est parfaitement indiqué de pratiquer une petite manœuvre qui consiste à soulever légèrement avec le doigt la partie engagée, et à provoquer ainsi l'écoulement d'une certaine quantité de liquide.

L'utérus ainsi allégé réagira plus vigoureusement et d'une façon plus efficace.

Nous venons de parler des cas dans lesquels les membranes se rompent; mais il en est, et il s'agit d'avortement le plus souvent, où l'œuf est expulsé tout entier. Des auteurs anciens et modernes ont rapporté quelques exemples d'œufs ayant acquis leur complet développement qui ont été expulsés sans rupture préalable des membranes.

Baudelocque cite un fait de ce genre dont il fut témoin; mais la terminaison fut fatale pour la parturiente qui expira quelques instants après des suites d'une hémorrhagie presque foudroyante. Heureusement il n'en est pas toujours

ainsi, et je puis donner un exemple dans lequel la terminaison fut très-satisfaisante.

Observation II

Expulsion d'un fœtus avec les membranes non déchirées.

Marie B., 28 ans, célibataire, domestique. Entrée à l'hôpital St-Eloi le 9 mai 1883. Bonne constitution. Secondipare. Rien de remarquable pendant sa grossesse.

Le 25 juillet, vers 11 heures du soir, apparition des premières douleurs qui deviennent bientôt très-intenses, et se reproduisent à intervalles assez rapprochés.

Le 26, à 1 heure, la dilatation était complète. A 1 heure et demie, expulsion spontanée du fœtus avec les membranes intactes. C'est une fille à terme du poids très-raisonnable de 3 kil. 140. La délivrance a lieu un quart d'heure après, et la perte est très-peu considérable.

Quelle conduite doit tenir l'accoucheur après la rupture de la poche et l'écoulement des eaux ?

La première précaution qu'il doit prendre c'est, croyons-nous, de pratiquer le toucher et de contrôler sans aucun parti pris le diagnostic qu'il peut avoir déjà porté sur la présentation ; de plus, il pourra alors constater assez facilement s'il n'y a pas procidence du cordon, constatation de la plus haute importance et pour la mère et pour l'enfant.

L'écoulement des eaux ayant eu lieu, doit-il autoriser la parturiente à se lever ? Dans le cas où la tête est fixée et les douleurs assez faibles, il y a tout avantage à lui permettre de circuler, le mouvement pouvant amener une accélération dans le travail. Si au contraire la tête est mobile, c'est que l'engagement est incomplet ; la station verticale pourrait faciliter dans ces conditions cette proci-

dence du cordon dont il a été question plus haut, et qu'il est indispensable d'éviter à tout prix.

Le repos dans le décubitus dorsal est la seule position qui convienne dans ce cas ; il en est de même si la femme n'est pas primipare et surtout si les contractions sont suffisamment énergiques.

Il est des cas où la tête profondément engagée comprime le rectum et procure à la femme un violent ténesme qui lui fait demander vivement l'autorisation de se lever et d'aller à la selle.

Que l'accoucheur soit très circonspect en pareille occurence : mieux vaut que le lit, qui d'ailleurs doit être recouvert d'une alèze, soit sali que d'obtempérer à une pareille demande; cette complaisance pourrait avoir les plus fâcheuses conséquences. En effet, et les exemples sont nombreux, une seule douleur a suffi pour amener l'expulsion du fœtus dans ces circonstances-là. Quel n'est pas alors l'embarras du chirurgien ? comment peut-il soutenir le périné ? l'enfant ne court-il pas certains risques à la suite d'une expulsion souvent violente ? Si le cordon est très résistant ne peut-il pas amener une hémorrhagie grave par arrachement du placenta? et si cet arrachement n'a pas lieu, ne peut-il pas à la rigueur survenir une complication plus grave, je veux parler du renversement de la matrice ?

S'il est du devoir de l'accoucheur de faire espérer une prompte délivrance à la femme qui vient de perdre les eaux, il ne peut pas agir de même avec son entourage, et il est bon qu'il puisse au moins d'une façon approximative prévoir le moment de la délivrance.

Si nous nous en rapportions à Churchill, la moyenne du temps écoulé entre la rupture des membranes et l'expulsion du fœtus serait de trois heures environ. Les cas qu'il

nous a été donné d'observer à Bordeaux et les soixante-cinq observations prises à la clinique obstétricale de l'hôpital Saint-Eloi, et dont nous devons la communication à l'obligeance de M. le Dr Gerbaud, nous donnent une moyenne beaucoup plus faible. Si le nombre de ces observations ne nous permet pas d'établir une statistique qui nous soit personnelle, il suffit pour que nous adoptions les moyennes données par un statisticien français. Le laps de temps qui séparerait la rupture de la poche de la délivrance serait d'environ trois quarts d'heure chez les multipares et de une heure à deux heures chez les primipares. Chez ces dernières, la résistance qu'opposent les organes externes de la génération, y compris le périné, expliquent suffisamment ce retard dans l'expulsion de l'enfant, qui ne trouve pas les voies préparées par un ou plusieurs accouchements antérieurs.

RUPTURE SPONTANÉE ET PRÉMATUREE DES MEMBRANES

Nous avons déjà défini ce genre de rupture et nous avons dit qu'elle avait été ainsi appelée parce qu'elle devançait les phénomènes qui normalement se produisent avant la déchirure des membranes pendant le travail de l'accouchement. Il n'est pas rare de voir l'écoulement des eaux se produire quelques jours avant le début du travail, quelquefois même il le précède de plusieurs semaines.

ETIOLOGIE

Quelles sont les principales causes qui peuvent amener la rupture prématurée? Ces causes peuvent être divisées en prédisposantes et en déterminantes.

Parmi les premières je rangerai : la dégénérescence et la ténuité des membranes, l'hydramnios et la multiparité.

Les efforts de tout genre, le coït et les contractions souvent indolores et passant alors inaperçues pour la femme, constituent les secondes.

Dégénérescence des membranes. — Toute altération dans la structure des différentes enveloppes de l'œuf porte atteinte à leur force de résistance; on comprend facilement que, tarées par un vice de constitution, elles cèdent sous

l'influence du moindre effort et que les eaux puissent ainsi s'écouler avant terme.

Hydramnios et multiparité. — La présence d'une quantité considérable de liquide ou celle de deux ou même d'un plus grand nombre de fœtus amènent une dilatation considérable des membranes. Or, il est un moment où le summum d'extensibilité est atteint, et alors la formation d'une quantité plus considérable de liquide ou le développement progressif des fœtus provoquent la rupture.

Contractions utérines. — Cette cause est très fréquente et reconnaît souvent pour origine une altération quelconque des membranes ou leur ténuité anormale. Elle seule peut expliquer, du reste, les ruptures qui arrivent si souvent au milieu du calme le plus parfait.

Efforts de tout genre, coït. — La rupture prématurée de la poche peut être déterminée par une foule de circonstances telles que : chocs violents sur le ventre, efforts de la défécation, vomissements, toux, rire, etc., etc... Le coït, en amenant l'orgasme vénérien, doit nécessairement provoquer en même temps des contractions utérines suffisantes pour amener la rupture des membranes ; mais c'est là une cause dont il sera toujours du reste difficile de constater la fréquence.

DIAGNOSTIC

Bien des femmes arrivées vers la fin de leur grossesse et se sentant mouillées par des mucosités, croient à la perte des eaux et pourraient, de bonne foi, induire en erreur l'accoucheur qui s'en rapporterait à leur dire. Celui-ci,

pour se rendre compte de ce qui s'est passé, doit examiner la femme et le liquide qui s'est écoulé.

Le toucher lui apprendra, s'il le pratique pendant une douleur, pourvu toutefois qu'il y est interposition d'une certaine quantité de liquide, si la poche fait saillie. Dans le cas de poche plate, où cette interposition est très faible, pour ne pas dire nulle, et dans celui où la tête de l'enfant est fortement engagée, la difficulté peut être très grande. C'est alors que le doigt, appliqué sur la partie qui se présente, peut seul éclairer le diagnostic.

Si la poche n'est pas rompue, l'ongle dont on se sert pour gratter légèrement cette partie ne permettra de percevoir qu'une surface lisse et polie. Dans le cas où les membranes sont déchirées, et dans lequel par conséquent on arrive directement sur la tête, si la présentation est normale, on peut soulever quelques cheveux. Si la présentation est une présentation de la face ou de toute autre partie que le sommet, l'accoucheur doit rechercher tous les points de repère qui peuvent éclairer son diagnostic Il doit toujours agir avec beaucoup de prudence et de douceur dans ses explorations pour ne pas, ce qui est arrivé maintes fois, s'exposer à égratigner telle ou telle partie de l'enfant qui se présente, en cherchant à rompre une poche qui n'existe déjà plus.

Après ce premier examen, il lui reste à se rendre compte de la nature du liquide écoulé, s'il a pu s'en procurer. S'il a encore des doutes sur la rupture ou l'intégrité de la poche, cette seconde épreuve est presque toujours concluante.

En effet, si le liquide provient de l'intérieur de l'œuf, l'examen à l'œil nu ou mieux à la loupe fera découvrir sûrement des débris de la matière sébacée qui enduit le fœtus. S'il était coloré en vert ou en jaune, la présence

d'une certaine quantité de méconium, auquel ces différentes colorations seraient dues, ne laisserait aucun doute sur son origine. Si le liquide, au contraire, ne provenait pas de l'intérieur de l'œuf, rien de semblable ne pourrait être constaté. Celui que l'on a appelé *fausses eaux*, et qui est produit par le fait d'une transsudation des vaisseaux maternels, ne contient ni débris de matière sébacée ni méconium, car il ne se trouve jamais en contact avec le fœtus.

De deux choses l'une : ou ces *fausses eaux* s'accumulent entre l'utérus et l'œuf, et trouvent, en décollant les membranes de haut en bas, une issue par le col, ou bien elles s'amassent entre le chorion et l'amnios. Dans ce dernier cas, il y a rupture du chorion distendu ; mais, l'amnios tenant bon, l'enfant continue à être baigné par le liquide amniotique. La grossesse peut continuer tranquillement son cours et l'accouchement se faire au terme ordinaire.

Il est facile de se rendre compte de l'importance qu'il y a pour le chirurgien de pouvoir reconnaître les *fausses eaux* dont la femme peut se trouver inondée à un moment donné, et cela, à seule fin de la rassurer, car elle est d'autant plus en droit de s'effrayer que, croyant avoir réellement perdu les eaux, elle se trouve encore le plus souvent loin du terme présumé de sa grossesse.

PRONOSTIC

Autrefois les accoucheurs redoutaient outre mesure l'influence que pouvait avoir la rupture prématurée des membranes sur la marche ultérieure du travail. Leurs craintes paraissent avoir été par trop exagérées, car les nombreuses observations et les différentes statistiques que

nous avons eues sous les yeux nous permettent d'affirmer que cet accident est loin d'être, dans la majorité des cas, une aussi grave complication qu'ils voulaient bien le dire. La plupart du temps, en effet, cette rupture n'entraîne aucun inconvénient sérieux ni pour la mère ni pour l'enfant, comme on pourra le voir dans les observations rapportées plus loin. Mais si le plus souvent elle n'assombrit pas le pronostic, il est cependant des cas, fort heureusement exceptionnels, dans lesquels elle est très-grave; voici les principaux :

1° Si la rupture a lieu avant que l'enfant puisse naître viable, l'avortement ou l'accouchement prématuré qui peut s'ensuivre le condamnent à une mort certaine.

2° Dans les présentations élevées provenant d'une tête volumineuse ou d'un bassin rétréci, cette rupture est également très grave, et ici, la mère peut courir des dangers lorsqu'il est indiqué de pratiquer la dilatation forcée. Quant à ceux qui menacent l'enfant, qu'il suffise de dire que le travail est généralement plus long et qu'il se trouve, par ce seul fait, sujet à supporter plus longtemps les contractions utérines, son cordon n'étant plus protégé par l'atmosphère liquide qui l'enveloppait avant l'écoulement des eaux.

3° Dans les présentations vicieuses, celle du tronc par exemple, dans lesquelles on pourrait avoir à pratiquer la version, indépendamment des dangers d'une dilatation forcée, quels sont ceux auxquels ne sont pas exposés et la mère et l'enfant, le liquide amniotique n'étant plus là pour faciliter le glissement du corps fœtal le long des parois utérines qui maintenant l'étreignent directement sans l'interposition protectrice des eaux de l'amnios?

4° Dans certains cas cet écoulement peut faciliter la pro-

cidence du cordon, lorsque par exemple la femme étant debout la rupture a lieu subitement. Alors une anse peut facilement être entraînée, surtout si la quantité de liquide est considérable comme dans l'hydramnios, et la tête fœtale mobile et par cela même peu engagée.

Fréquence. — Une statistique publiée à ce sujet par Garipuy (Th. Paris 1873) donne comme moyenne des ruptures prématurées, un cas sur sept ou huit accouchements.

Sur soixante-cinq accouchements observés dans le cours de l'année 1883 à la clinique obstétricale de l'hôpital St-Éloi, nous avons rencontré dix-sept ruptures prématurées, soit à peu près une sur quatre accouchements.

TRAITEMENT

J'ai déjà dit, dans le cours de ce travail, quelle était la conduite que l'accoucheur me paraissait devoir tenir après l'écoulement des eaux. Le plus souvent, en dehors bien entendu des cas de dystocie, le traitement de la rupture prématurée consiste à attendre les évènements, en dépit souvent des sollicitations de la parturiente ou de son entourage, et à s'abstenir de toute intervention qui ne pourrait être, la plupart du temps, que nuisible à la mère et à l'enfant. Tout devra se borner à quelques conseils donnés à la femme qui devra éviter tout travail pénible et se garder de s'éloigner du logis, surtout si elle est multipare, les douleurs pouvant survenir d'un moment à l'autre et le travail marcher rapidement.

Voici quelques observations de rupture prématurée recueillies à la clinique dans le courant de l'année scolaire :

Observation III

Gabrielle L..., 21 ans, célibataire, journalière. Entrée à la clinique le 1er octobre 1883. Primipare. Constitution moyenne, tempérament lymphatique. Menstruée à 14 ans. Règles irrégulières, mais abondantes. Dysménorrhée vers 15 ans. Pertes blanches considérables. Il y a trois mois, elle fit une chute à la suite de laquelle les mouvements actifs du fœtus ne furent plus perçus pendant quelques jours. La paroi abdominale est mince ; ligne brune peu marquée ; vergetures nombreuses. La palpation permet de constater que l'utérus remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic et que la tête est engagée. L'auscultation révèle la présence des bruits du cœur fœtal à gauche, *loco*. Présentation O. I. G. A. — Au toucher on trouve le col aplati, l'orifice interne largement perméable et la tête fortement engagée.

Premières douleurs le 19 octobre, à 10 heures du matin. Les membranes étaient rompues depuis minuit, soit environ 10 heures avant l'apparition des douleurs. La dilatation est complète à 3 heures du soir. Expulsion à 3 heures 1/2 en première du sommet. Durée totale du travail, 5 heures 1/2.

Observation IV

Sophie C..., 30 ans, mariée, domestique. Entrée à la clinique, le 2 mai 1883. Bonne constitution, tempérament sanguin. Trois accouchements à terme, le dernier gémellaire ; il remonte à 8 ans. Apparition des règles à 15 ans. Régulières, assez abondantes, leur durée moyenne est de 4 à 5 jours. Pertes blanches. Comme complications de grossesse, quelques vomissements au début. Varices au membre inférieur droit.

Si l'on examine la paroi abdominale on la trouve mince, très-distendue ; pas de ligne brune ; vergetures anciennes. L'utérus remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Les battements du cœur fœtal se font entendre à gauche, *loco*, mais sourds. La palpation permet de constater que la tête est légèrement déviée à droite, et le toucher que le col est haut et long d'environ 1 cent.

Les membranes se rompent le 12 mai dans la matinée, et les douleurs n'apparaissent que vers 10 heures du soir. Elles deviennent fréquentes et fortes, à minuit. La dilatation est complète à 2 heures du matin. Terminaison à 4 heures 1/2 en O. I. G. A.

Observation V

Sophie D..., 28 ans, mariée. Entrée à la clinique le 26 février 1883. Secondipare, grossesse et accouchement normaux. Pas de complications de grossesse.

Apparition des premières douleurs, le 12 mars à 4 heures du soir. Rupture des membranes 1/2 heure après, sans qu'il y ait de dilatation appréciable.

Le 13, à 5 heures du matin, la dilatation est complète et l'expulsion du fœtus a lieu à 5 heures 1/2. Durée totale du travail, 12 heures.

Observation VI

Marie F..., 22 ans, domestique, célibataire. Entrée le 15 février 1883. Primipare ; réglée, pour la première fois, à 18 ans. La perte, qui n'a qu'une durée de 2 jours ordinairement, s'accompagne de vives douleurs dans la région des ovaires.

Complications de grossesse : vomissements au début, œdème passager. dyspnée habituelle, lypothymies, crampes des membres inférieurs.

Premières douleurs, le 8 mars, à minuit. Rupture spontanée des membranes, vers 2 heures du matin, avant qu'il y ait dilatation. Celle-ci n'est complète qu'à 6 heures du soir. Terminaison à 6 heures 1/2, en O. I. D. P.

Observation VII

Marie R..., 22 ans, célibataire, lingère. Primipare. Entrée à la clinique, le 18 février, à 6 heures du soir. Dans la nuit du 17 au 18 elle avait perdu les eaux avant l'apparition des douleurs. Le 19, à 6 heures du matin, la dilatation est complète, et à 6 heures 1/2, la terminaison a lieu en O. I. D. P. Durée totale du travail, 24 heures.

RUPTURE PRÉMATURÉE ARTIFICIELLE DES MEMBRANES

La présentation est connue, la dilatation suffisante, les douleurs se succèdent mais n'aboutissent pas, et la femme se fatigue inutilement par le seul fait de la résistance des membranes. Le praticien, en pareille occurence, ne doit pas hésiter à rompre l'obstacle qui retarde la délivrance. Mais il est des cas où son intervention est aussi parfaitement indiquée et qui sont loin d'être les mêmes. L'accoucheur, en effet, peut être appelé à combattre, par ce moyen, une complication survenue pendant la grossesse ou au moment de l'accouchement.

Nous allons énumérer les causes qui peuvent motiver la rupture artificielle; un paragraphe sera ensuite consacré à chacune d'elles :

1° Ralentissement et insuffisance des contractions ;
2° Consistance trop grande des membranes ;
3° Poche plate ;
4° Accouchement prématuré artificiel ;
5° Mobilité du fœtus ;
6° Eclampsie ;
7° Hydramnios ;
8° Hémorrhagie utérine ;
9° Grossesse multiple.

Ralentissement et insuffisance des contractions

Il arrive assez souvent, dans la pratique, que l'on se trouve en présence de cas de ce genre, et cela pour plusieurs causes. La femme, en effet, peut être d'une constitution naturellement débile ou être épuisée par le seul fait de la grossesse ou des complications qui sont survenues pendant la gestation. La matrice peut devenir paresseuse à la suite d'une distension exagérée ou d'un vice de conformation quelconque. Qu'arrive-t-il alors? C'est que le col, sous l'impulsion de contractions insuffisantes, ne se dilate pas ou ne se dilate que très-lentement. Le travail traîne en longueur ; la femme, qui souffre et s'épuise en vains efforts, demande à être délivrée. Peut-on, dans ces circonstances, accéder à ses désirs? Si la présentation est normale, l'engagement de la partie qui se présente bien accentué, et la dilatation du col suffisante, non-seulement on peut, mais il est du devoir du chirurgien de rompre la poche. Sous l'influence de cette rupture une certaine quantité de liquide amniotique s'écoulera et l'utérus, revenu sur lui-même et excité par le contact immédiat du fœtus, réagira plus vigoureusement et l'accouchement marchera plus rapidement vers sa terminaison.

Voici l'observation d'une rupture artificielle pratiquée dans une circonstance de ce genre qui amena la délivrance demi-heure après :

Observation VIII

Pauline B., entrée à la clinique le 3 février 1883. Agée de 20 ans, célibataire, lingère. Primipare. Tempérament lymphatique. Début des règles à 11 ans; elles ont été régulières. Pas de pertes blanches. Vomissements pendant les deux premiers mois. Il y a environ 25 jours, il y eut, pendant deux jours, une hémorrhagie assez abondante qui s'accompagna de douleurs lombaires très-vives. Si on examine la paroi abdominale, on la trouve peu épaisse, peu tendue; pas de ligne brune ni de vergetures. La palpation permet de constater que l'utérus remonte à environ un travers de main au-dessus de l'ombilic et que la tête est au détroit. Au toucher, on trouve le col très-ramolli, presque effacé, et la tête déjà abaissée en O. I. D.P. Si l'on applique le stéthoscope sur les parois abdominales on perçoit le maximum des bruits du cœur fœtal, un peu au-dessous de l'ombilic.

L'apparition des premières douleurs a lieu le 10 février, à 11 heures du soir. Elles sont faibles, et le travail marche très-lentement toute la journée du 11. La dilatation n'est complète qu'à neuf heures du soir, et, les contractions continuant à être très-insuffisantes, on juge à propos de rompre artificiellement les membranes, vers 9 heures et demie. Sous l'influence de cette intervention, les douleurs acquièrent un degré d'intensité considérable, et la terminaison a lieu en première du sommet, à 10 h. La durée totale du travail a été de 23 heures.

Consistance trop grande des membranes

Les membranes peuvent acquérir une consistance telle que, dans certains cas, des contractions utérines très-fortes ne peuvent vaincre leur résistance. La dilatation étant complète, l'œuf s'engage rapidement, et la poche constituée dans de telles conditions peut venir faire saillie jusqu'à l'entrée de la vulve. On peut se rendre facile-

ment compte des dangers que courent alors et la mère et l'enfant. Celui-ci, en effet, peut être menacé d'asphyxie par la coiffe qui recouvrira la partie supérieure de son corps, dans le cas de présentation du sommet et si la rupture est circulaire. Mais la mère peut se trouver dans un péril bien plus pressant par le fait d'une hémorrhagie considérable accompagnant le décollement prématuré du placenta, qui peut être arraché violemment, si le cordon résiste ou, circonstance plus grave encore, ne pas céder à la traction et produire un accident plus redoutable : je veux parler du renversement de la matrice.

En présence d'un péril aussi imminent, la dilatation étant avancée et surtout si les contractions sont énergiques, il n'y a pas à hésiter : il faut rompre les membranes. Tout danger sera probablement conjuré et l'accouchement aura ordinairement une terminaison aussi rapide que favorable.

Poche plate

Quelle que soit la partie qui se présente, toutes les fois que l'on constate la présence d'une poche dite plate, on constate en même temps que les membranes sont pour ainsi dire collées à cette partie engagée. Nous avons, à propos du rôle que jouait la poche des eaux dans le mécanisme de la dilatation du col, précisé la façon dont elle agissait dans ce mécanisme. Or, quand elle affecte la forme qui nous occupe ici, ce rôle est nul, je dirai même nuisible. En effet, la tête, qu'elle arrête dans son engagement, ne manquerait pas de stimuler les contractions utérines et d'activer en même temps la dilatation de l'orifice en s'y introduisant. Le rôle mécanique et dynamique qui revient d'ordinaire à la poche des eaux serait alors avantageuse-

ment rempli par elle, et c'est pour cela que l'accoucheur est parfaitement autorisé à perforer les membranes qui ne sont alors qu'un obstacle, d'autant plus que, se rappelant le mot de Mme Lachapelle, qui « ne redoutait pas les eaux plates », il a tout lieu de se croire en présence d'une présentation normale et d'un bassin régulier.

Accouchement prématuré artificiel

Dans les cas de rétrécissement ou de toute autre cause nécessitant l'accouchement prématuré artificiel, les chirurgiens qui les premiers jugèrent à propos de le pratiquer songèrent d'abord à la rupture artificielle des membranes, l'expérience leur ayant fait remarquer que cette rupture était suivie, après un laps de temps variable, des premiers symptômes qui annoncent que le travail est commencé.

Les uns déchiraient les membranes et vidaient la poche d'un coup ; d'autres, plus circonspects, ménageaient l'écoulement du liquide, et Meissner n'avait pas d'autre but lorsqu'il inventa une espèce de sonde munie de deux mandrins, destinés à aller perforer les membranes à 25 cent. au-dessus du col. Ce procédé, que les Anglais et les Allemands préconisent encore, est rarement employé chez nous.

La ponction des membranes est généralement abandonnée aujourd'hui ; la lenteur de ce moyen de provocation des contractions utérines et les dangers qu'il peut faire courir à la mère et à l'enfant motivent assez son abandon.

La dilatation mécanique du col, au moyen d'un morceau d'éponge préparée (Bruninghausen 1820, Kluge 1826),

Le tamponnement du vagin (Schœller),

Les douches d'eau dirigées sur le museau de tanche (procédé de Kiwisch),

Le décollement du segment inférieur de l'œuf (Lehmann,

Tarnier), tels sont les moyens auxquels on a généralement recours. Les circonstances pourront motiver le choix que l'on pourra faire, le cas échéant, de tel ou tel d'entre eux, car elles seules pourront diriger ce choix.

Quoi qu'il en soit, si la rupture des membranes n'est guère plus mise en usage pour déterminer par elle seule un commencement de travail, elle peut avoir sa raison d'être lorsque, par tout autre moyen, celui-ci aura été provoqué, que la dilatation sera suffisante et que cette rupture pourra, soit faciliter l'engagement de la tête, soit exciter les contractions utérines dans le cas où elles auraient sensiblement diminué.

Mobilité du fœtus

Sachant que le fœtus jouit normalement d'une certaine mobilité dans l'intérieur de l'œuf, jusqu'au moment où une partie se trouve franchement engagée, ce qui n'arrive que vers la fin de la grossesse, on conçoit que cette mobilité puisse être très-grande lorsque par exemple, dans le cas d'hydramnios, le fœtus se trouve plus petit et la quantité des eaux beaucoup plus considérable que d'habitude. Or cette mobilité anormale peut devenir un danger ; en effet, la rupture, se faisant spontanément, peut surprendre l'enfant dans une position vicieuse et l'engagement se faire alors dans des conditions tout à fait défavorables. Pour éviter un pareil contre-temps, il est un moyen facile : c'est de procéder à la rupture artificielle en choisissant le moment où le sommet est au détroit supérieur. Si cette circonstance favorable n'arrive pas assez tôt au gré de l'accoucheur, il faut qu'il se rappelle qu'il peut la provoquer.

M. Pinard, dans son remarquable Traité du palper

abdominal, donne les règles à suivre pour pratiquer la *version céphalique* par manœuvres purement externes. Peut-il y avoir de circonstance plus favorable pour voir réussir ces manœuvres que celle où le fœtus jouit d'un excès de mobilité ? Je ne le crois pas. Or, le sommet ayant été amené au détroit par ce moyen et étant maintenu dans cette position, si l'on rompt les membranes, on conçoit aisément que la tête s'engagera alors franchement et restera fixée, grâce aux contractions des parois utérines. Dans ces conditions, on n'aura plus à redouter une présentation vicieuse, celle de l'épaule, par exemple, qui aurait pu survenir à la suite de l'écoulement spontané des eaux, le fœtus étant abandonné à lui-même.

Voici une observation assez curieuse à ce sujet :

Observation IX

Marie S., 29 ans, lessiveuse. Quatre accouchements antérieurs; le dernier remonte à deux ans. Grossesses normales, accouchements lents mais faciles. L'examen auquel on procède fait reconnaître que cette femme est arrivée vers le milieu du huitième mois de sa grossesse et que l'enfant est très-mobile. Des examens répétés à ce sujet les jours suivants donnent lieu à la constatation des positions les plus variées : S. I. D. P. — O. I. G. A. — C. I. D.

Le 2 décembre, version par manœuvres externes ; essai inutile d'un bandage approprié.

Le 9, on constate l'engagement de l'épaule droite, auquel succède un léger engagement du sommet.

Apparition des premières douleurs, le 9 janvier à minuit.

L'auscultation permet de constater que les battements du cœur fœtal ont leur maximum d'intensité à gauche, *loco*.

A 6 heures du matin, dilatation comme 5 francs. On sent à travers l'orifice du col la suture pariétale et à droite la fontanelle antérieure plus abaissée que la postérieure. Refoulement de cette partie pendant que l'on appuie sur l'occiput à travers les parois abdominales. Réduction.

A 10 heures, même état que le matin, nouvelle tentative de réduction suivie de succès. Bandage hypogastrique avec tampon de ouate dans la fosse iliaque gauche, dans le but de redresser l'utérus, qui est très-oblique en avant et à droite, et de maintenir la tête au détroit supérieur.

A 1 heure 1|2, dilatation complète, poche en *boudin*, dont on provoque la rupture à 2 heures. L'expulsion a lieu normalement demi-heure après, en première du sommet, et la délivrance est faite un quart d'heure plus tard.

Eclampsie

Malgré la faveur dont a joui la rupture artificielle des membranes auprès de quelques praticiens célèbres du siècle dernier, elle ne peut guère être considérée comme un moyen de traitement de cette redoutable maladie.

Mais, si la plupart des auteurs modernes : Depaul, Churchill, etc., jugent ce moyen insuffisant ou même dangereux dans l'éclampsie, c'est surtout dans le cas où l'on en userait pour provoquer le début du travail. Lorsque celui-ci a commencé, l'orifice du col étant dilaté ou même simplement dilatable, comme dit l'auteur anglais (1) cité plus haut, la partie qui se présente étant bien engagée et les contractions suffisantes, alors, mais alors seulement, on peut, dans le but de hâter la fin du travail, procéder à la rupture artificielle.

Hydramnios

Cette maladie de l'œuf, qui n'est qu'une hydropisie comme son nom l'indique, donne souvent lieu à l'intervention qui

(1) Churchill. Traité pratique des maladies des femmes, p 1100.

consiste à perforer les membranes, et cela pour plusieurs causes que nous allons passer en revue :

Sous l'influence de cette affection, l'utérus acquiert un volume exagéré, et il peut se faire que vers le 5me mois l'abdomen ait des proportions dépassant celles qu'il a normalement au terme de la grossesse. Les organes contenus dans son intérieur sont refoulés et comprimés, et cette compression ne tarde pas à s'accompagner d'une gêne de la circulation qui se traduit par un œdème considérable des membres inférieurs, des grandes lèvres et des parois abdominales.

Le poumon, de son côté, est gêné dans ses mouvements d'expansion : de là, dyspnée intense, hémathose insuffisante, cyanose, accès de suffocation.

Comme on le voit, l'état est alarmant, et pour conjurer tout danger, le seul moyen en pareil cas est de donner issue au liquide amniotique, cause de tous ces désordres, et ce, par le seul fait de sa quantité par trop exagérée.

Hémorrhagie utérine

Cette redoutable complication, qui survient quelquefois vers la fin de la grossesse, reconnaît le plus souvent pour cause l'insertion du placenta dans le voisinage de l'orifice du col utérin (placenta prœvia) et peut même, dans certains cas, recouvrir complètement cet orifice. Quel que soit l'endroit où il s'insère, lorsque, par le fait des tiraillements exercés sur lui par les parties sur lesquelles il est implanté, il se produit un décollement d'une partie de sa masse si vasculaire, l'hémorrhagie qui est consécutive à ce décollement, pour peu qu'elle soit abondante, peut rapidement mettre en péril la vie de la mère et celle de l'en-

fant. Aussi, en face d'un accident pareil, le chirurgien doit savoir prendre une détermination aussi prompte qu'énergique.

L'accouchement forcé fut le premier et d'abord le seul moyen employé en pareille circonstance. Mauriceau, Dionis, Deventer, usèrent de la rupture artificielle des membranes. Mais ce fut Puzos qui l'érigea en méthode.

Ce célèbre praticien avait remarqué que les femmes qui avaient des contractions énergiques perdaient moins que celles chez lesquelles ces contractions étaient lentes et faibles. Il comprit qu'à l'accouchement forcé on pourrait substituer un moyen moins violent et moins dangereux. Pour arriver à ce résultat il pratiqua, à l'aide d'un ou deux doigts introduits avec douceur dans le col, une dilatation lente et méthodique, imitant autant que possible la dilatation naturelle. Excitées par la présence des doigts, les fibres utérines se contractent avec plus d'énergie, et, la dilatation étant ainsi provoquée, la poche des eaux se forme. Il faut à ce moment-là, dit Puzos, « ouvrir le plus tôt possible les membranes pour procurer l'écoulement des eaux.»

Malgré les critiques de certains de ses contemporains, qui lui reprochèrent d'exposer les femmes à tous les accidents de la rupture prématurée, cette méthode a survécu et passe encore de nos jours pour bonne Si elle réussit souvent et se trouve à la portée de tous les praticiens, il lui arrive aussi parfois d'échouer, la rupture des membranes seule ou aidée par l'action du seigle ergoté ne suffisant pas à accélérer le travail. C est alors que l on peut user d'un second moyen qui est même jugé préférable par bon nombre de praticiens, lorsque toutefois on a sous la main les matériaux nécessaires à sa mise à exécution : je veux parler du tamponnement.

Voici deux observations de rupture artificielle dans le

cas d'hémorrhagie ; dans l'une d'elles, le tamponnement fut employé.

Observation X

Célestine C., 28 ans, domestique, multipare, 2 accouchements à terme.

Apparition des premières douleurs, le 19 décembre 1883, à 4 heures du matin. Hémorrhagie qui s'arrête spontanément. A 6 heures, dilatation comme une pièce de 2 francs. Lèvre postérieure du col épaisse, sensation d'éponge à ce niveau. Tête très élevée et portée en avant sur le pubis.

9 heures du soir. — Nouvelle hémorrhagie abondante ; le col est à moitié dilaté. Tamponnement.

Rupture artificielle à minuit. Terminaison en première du sommet à minuit et demi. Pas d'accidents ultérieurs.

Observation XI

Anna A., 23 ans, célibataire, domestique. Tempérament lymphatique.

Début du travail le 22 décembre, 11 heures du soir. Légère hémorrhagie. 4 heures du matin, dilatation comme 2 francs. 10 heures, dilatation un peu plus grande, col aminci. 1 heure du soir, dilatation comme 5 francs, col très aminci. 4 heures du soir, dilatation complète. Rupture artificielle. Terminaison à 4 h. et demie.

La rupture artificielle a eu lieu sur le bord même du placenta. L'insertion de ce dernier devait être très près du col et l'hémorrhagie qui se produisit au début de la dilatation se trouve ainsi expliquée.

Grossesse multiple

Je ne dirai que peu de chose de la conduite que doit tenir l'accoucheur en présence de deux ou plusieurs fœtus dans la cavité utérine. Elle est la même que dans l'hydramnios qui complique quelquefois les grossesses multiples.

On a encore, dans ce genre de grossesse, à lutter contre l'inertie de l'utérus, inertie provenant d'une dilatation exagérée de ses fibres.

Il est un cas dans lequel l'intégrité de la poche doit être soigneusement respectée ; c'est le suivant : Une femme qui n'est pas à terme voit survenir des douleurs et accouche prématurément d'un premier enfant. L'accoucheur s'aperçoit après la délivrance qu'il a sous les yeux un cas de grossesse multiple ; il s'aperçoit en même temps que les douleurs diminuent et finissent même parfois par disparaître complétement : alors toute intervention est formellement contre-indiquée, l'enfant resté dans la matrice pouvant acquérir ultérieurement un développement qu'un accouchement prématuré menaçait d'interrompre.

Si, au contraire, des contractions assez fortes se montraient chez une femme déjà fatiguée qui vient d'expulser un premier enfant accompagné de son placenta, la conduite à tenir ne serait plus la même et la rupture artificielle, dans le but de hâter la terminaison, est alors parfaitement indiquée.

Je terminerai en disant un mot de la façon dont on peut rompre les membranes. Toute simple que soit cette petite opération, il faut savoir qu'elle a eu l'honneur de provoquer l'invention d'une foule d'instruments, qui, hâtons-nous de le dire, sont tous inutiles pour ne pas dire dangereux. Tels sont : le petit couteau d'Albucasis, le dé pointu de Stein que l'on plaçait à l'indicateur, etc., etc.

Rien ne vaudra jamais le doigt, qui est dans ce cas un instrument que l'on peut qualifier d'intelligent, puisqu'il permet de constater la nature de la tumeur qui se

présente, laquelle, comme nous l'avons dit ailleurs, pourrait bien parfois n'être pas la poche des eaux.

Si les membranes sont très-résistantes, l'ongle taillé *ad hoc* suffit pour les rompre, surtout si l'on profite du moment opportun qui est celui où la poche offre son maximum de tension, grâce à l'énergie des contractions utérines.

Dans le cas où la poche resterait engagée, molle et flasque, et que sa rupture serait indiquée, deux doigts portés jusqu'à elle pourraient déchirer les membranes en les pinçant fortement.

FIN

Vu :
Le Président-Censeur,
DUMAS.

Vu bon à imprimer.
Le Doyen,
J. BENOIT.

Permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie,
G. CHANCEL.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT

AUXQUELLES LE CANDIDAT REPONDRA VERBALEMENT

(Arrêté du 22 mars 1842.)

Chimie médicale et Pharmacie

L'alcool, l'éther, au point de vue chimique et pharmaceutique

Physique médicale

Détermination de la température d'un lieu.

Botanique et Histoire naturelle médicale

Donner le caractère des vers intestinaux rubanaires.

Anatomie

Quelle est la texture du cristallin ?

Anatomie pathologique et Histologie

De la cellule en général ; de son origine ; son fonctionnement.

Physiologie

Phénomènes mécaniques de la respiration.

Pathologie médicale ou interne

Qu'est-ce que le lymphatisme ?

Pathologie externe

Du cancer de l'utérus.

Thérapeutique et Matière médicale

Des différentes préparations de l'opium.

Opérations et Appareils

Des amputations partielles du pied.

Médecine légale et Toxicologie

De la superfétation.

Hygiène

Des jeux de l'enfant dans leurs rapports avec l'hygiène.

Accouchements

La poche des eaux est-elle utile dans les accouchements ?

Clinique interne

Caractères cliniques de l'asthme.

Clinique externe

Du débridement dans les plaies par armes à feu.

Clinique des maladies nerveuses et mentales

Existe-t-il un délire des sens ?

Titre de la Thèse à soutenir

Essai sur la poche des eaux.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères, si j'y manque !